



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

MESSIAS RODRIGUES FERNANDES

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA

Ceilândia-DF, 2014

MESSIAS RODRIGUES FERNANDES

TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em
Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Giovana Furlan

Ceilândia-DF, 2014

Fernandes, Messias Rodrigues.

Terapia Ocupacional na Atenção Básica: uma revisão de literatura/ Messias Rodrigues
Fernandes, Ceilândia - DF, 2014.

41f. : il

Trabalho de Conclusão de curso – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Giovana Furlan, Faculdade de Ceilândia

1.Terapia Ocupacional, 2.Atenção Primária à saúde

MESSIAS RODRIGUES FERNANDES

**TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra., Paula Giovana Furlan
Professora-orientadora

Profa. Ms. Grasielle Silveira Tavares Paulin
Professora-examinadora

Profa. Ms. Josenaide Engracia dos Santos
Professora-examinadora

Aprovado em:

Brasília, de de

*À minha família,
namorada irmãos de
comunidade e amigos. A vida
faz mais sentido com vocês.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, sentido da minha existência, consolo em minhas aflições, e auxílio incessante. À minha família, por ser sempre esse apoio essencial. À Comunidade Católica Sacrário Vivo, onde vivo minha vocação e encontro um segundo lar, no aconchego de irmãos e amigos. À minha companheira e namorada Raquel, pela paciência, carinho e compreensão.

A todos os companheiros de graduação, em especial os que estiveram mais próximos, não vou citar nomes, pois, os que estão no coração o sabem.

Agradeço imensamente a professora Paula Furlan, pela dedicação e paciência, que não foram poucas e pelo aprendizado que obtive por seu intermédio durante a graduação! Tornou-se um grande exemplo para mim. À Professora Josenaide pela acolhida e aprendizado que obtive numa prática há um tempo, que me marcou muito e também me motivaram neste trabalho, e por ter aceitado o convite para participar desta banca. À professora Grasielle Tavares, pela disponibilidade e gentileza em aceitar também este convite.

A todos um abraço bem apertado.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo, analisar a atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica através de revisão de literatura. Configura-se, portanto, como um estudo de natureza qualitativa, exploratório, que visa também conhecer a realidade da profissão referida e discutir as potencialidades da mesma no âmbito da Atenção Básica à saúde. Para tal foi realizada uma revisão de literatura nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, SCIELO, Revista de Terapia Ocupacional da USP e Revista de Terapia Ocupacional da UFSCar utilizando dois descritores, a saber: terapia ocupacional e atenção primária à saúde. Foram selecionados treze estudos e analisados os seus conteúdos no que tange os objetivos da pesquisa e discutidas duas temáticas principais: *Caracterização da atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica e suas potencialidades*; *Terapia ocupacional e os princípios da Atenção Básica: ênfase para a integralidade da atenção*. Elencou-se importância deste profissional no contexto da Atenção Primária e os desafios para ampliar o seu espaço e suas possibilidades e constituir-se cada vez mais como uma profissão que agrega valor qualitativo às propostas abrangentes de saúde do SUS, como também para a população assistida. A atuação da profissão nos NASF tem crescido e demonstrado que a proposta deste serviço de saúde, é eficaz, e desafiante, no que concerne realizar a interlocução com as diretrizes que norteiam a Atenção Primária e as especificidades das ações terapêuticas.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional. Atenção Primária à saúde, prática profissional.*

ABSTRACT

This article aims to analyze the role of Occupational Therapy in Primary Care through literature review. Therefore, it set up as a study qualitative and exploratory nature, which also aims to know the reality of profession and discuss its potential within the Primary Health Care. This required a review of the literature in Virtual Health Library, SCIELO, USP's and UFSCar's Journal of Occupational Therapy, using thus two descriptors, namely, *Occupational Therapy* and *Primary Health Care*. Thirteen article were selected and analyzed for their content in terms of the research objectives and discussed two main subjects: Characterization of the role of Occupational Therapy in Primary Health Care and its potential; Occupational Therapy and the principles of Primary Health Care: emphasis on integrated care. It was listed the importance of the Occupational Therapist in the context of Primary Health Care and the challenges to expand its space and possibilities, to constitute itself increasingly as a profession that adds qualitative value to comprehensive proposals for health of the SUS, as well as the assisted population. The role of the professional in the NASF has grown and shown that the purpose of this health service is effective and challenging, regarding the achievement of the dialogue with the guidelines that drives the Primary Health Care and the specificity of the therapeutic actions.

Key-words: Occupational Therapy, Primary Health Care, Professional Practice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.1 Atenção Primária/Básica à saúde	10
1.2 Terapia Ocupacional e Atenção Básica: Porquê?	17
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	20
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
4.1 Caracterização da atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica e suas potencialidades.	28
4.2 Terapia ocupacional e os princípios da Atenção Básica: ênfase para a integralidade da atenção.	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
6. REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

A recente inserção regulamentada da profissão Terapia Ocupacional na Atenção Básica, através da portaria número 154 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) marca a conquista do espaço da profissão neste campo de atuação, muito embora existam marcos históricos da década de 1990 da atuação da Terapia Ocupacional em serviços comunitários no Estado de São Paulo (HO; OLIVER, 2005). Sendo assim, nos propomos no presente trabalho, a reunir informações sobre a atuação dos terapeutas ocupacionais no âmbito da Atenção Básica, e discutir as potencialidades da profissão neste campo, com base no que existe na literatura acadêmica brasileira. Neste sentido, num primeiro momento buscamos apresentar brevemente a caracterização da Atenção Básica nos termos de como ela surgiu e se desenvolveu até os dias de hoje, e em como se insere o Terapeuta Ocupacional como um profissional que atua neste âmbito de atenção à saúde.

1.1 Atenção Primária/Básica à saúde

Na década de 1970, a partir de 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Cuidados Primários em saúde, considerada um marco de influência no mundo em termos de políticas de saúde, em Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). De acordo com a declaração oficial da Conferência, a Atenção Primária em Saúde (APS) é assistência em saúde a todas as pessoas e famílias das comunidades e se constitui como o núcleo do sistema nacional de saúde. A declaração definiu também que a APS deve ser baseada nos principais problemas de saúde da comunidade e proporcionar cuidados preventivos, curativo, de reabilitação e de promoção da saúde (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

Ainda segundo a declaração citada, a APS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, levando o cuidado mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas moram e trabalham. Pressupõe, portanto, o acesso e participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, visando contrapor-se ao elitismo da assistência médica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). O documento considera também a APS como função central do sistema nacional de saúde para que a

partir dele se construa toda a estrutura de atenção à saúde, de forma que atenda melhor à necessidade dos indivíduos.

A APS foi inserida em diversos países numa perspectiva *seletiva* e focalizada, sobretudo no controle de doenças. As ações buscavam atender, principalmente, crianças e mulheres, com intervenções no acompanhamento do crescimento, programas de reidratação oral, aleitamento materno, imunização, alfabetização feminina e planejamento familiar. Esse tipo de abordagem foi fortemente criticada pois não atendia de forma ampla a necessidade das populações e não considerava questões socioeconômicas como um fator que dificulta o acesso à saúde. Com o tempo surge uma nova compreensão da APS, denominada *abrangente*, pois se caracterizava por defender que a APS fosse repensada de maneira a realizar uma atenção universal à saúde, buscando a integralidade e horizontalidade nos sistemas de saúde, objetivando garantir a qualidade do cuidado, com ênfase na promoção, prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Partindo dessa compreensão abrangente, Starfield (2002) diz que a APS deve se constituir como a principal porta de entrada aos serviços de saúde, e carrega em si alguns atributos: a continuidade, a integralidade, a coordenação, a centralidade na família, a orientação para a comunidade e a adequação cultural na atenção à saúde. Nessa concepção, os serviços de Atenção Primária devem estar voltados para a comunidade, conhecendo suas demandas de saúde, tendo como figura central a família para melhor atender as necessidades de seus membros e ter competência cultural para dialogar e reconhecer as várias necessidades dos mais diversos grupos populacionais.

No Brasil, a implantação da APS teve alguns momentos importantes, com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a partir da década de 1970. Esse período foi fortemente marcado pela luta de movimentos sociais que lutavam para que houvesse a reorganização dos serviços básicos de saúde e reivindicavam maior proteção social, no contexto pós-ditadura militar do país. Desses No cenário desses movimentos, ocorreram conferências municipais e estaduais de saúde que culminaram na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, de onde surge a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. A Constituição Federal de 1988, e garantiu pela lei a assistência à saúde como direito a todas as pessoas e dever do Estado.

Posteriormente, em 1990, com o estabelecimento da lei 8080, os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e as suas diretrizes organizativas (descentralização, regionalização, hierarquização) (BRASIL, 1990). Dessa forma os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica seguindo uma lógica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto aperfeiçoa a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, a fim de possibilitar uma efetiva resolubilidade dos problemas de saúde (BRASIL, 1990).

Visando responder a estes princípios, a atenção à saúde no SUS configura-se em eixos organizativos, que são compreendidos em três níveis de atenção: *básica*, *média* e *alta* complexidade. A atenção *básica* é entendida como o primeiro nível de atenção à saúde, o primeiro contato com os usuários, e emprega procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender as principais demandas de uma comunidade, podendo ser empregados conhecimentos de maior complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade. A *média* complexidade é compreendida como a atenção às necessidades cuja assistência demande uma prática clínica especializada e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. A *alta* complexidade é entendida como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, propiciando a população, acesso a serviços qualificados (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresentada em 2006 pelo Ministério da Saúde e atualizada através da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, considera os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde*, termos equivalentes, surgindo o primeiro termo em contraposição à compreensão de APS *seletiva*, que desfavorece a efetivação da integralidade e universalidade que integram o SUS. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A PNAB traz que a AB tem como princípios gerais: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p.10).

Como estratégia prioritária para o fortalecimento das ações da Atenção Básica em Saúde no SUS, ocorreu na década de 1990, a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), seguido pela implantação do Programa de Saúde da Família (PSF),

atualmente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o país (BRASIL, 2010). Visando consolidar os princípios organizativos do SUS, a ESF surge como política nacional de saúde em 1994 para ampliar a resolutividade e reorganizar a rede de assistência à saúde no Brasil. A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema de saúde tendo sob sua responsabilidade um território determinado, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009).

O PACS e o PSF surgiram como formas de readequar o modelo assistencial vigente, pelo qual predominava o atendimento emergencial do doente, geralmente nos hospitais, baseado na valorização da assistência curativa, no aporte tecnológico, medicamentoso e especializado, pelo qual se constrói uma assistência fragmentada. A partir destes programas, a família passou a ser o foco da atenção em saúde, no contexto onde vive, permitindo assim, principalmente na transição de Programa à Estratégia, um caráter mais abrangente na compreensão do processo saúde/doença, e a busca pela universalização do acesso à atenção a saúde. Outro ponto importante a ressaltar é que, a conformação da Estratégia propõe a lógica das equipes, que podem ser disparadoras de ações horizontais, pela proximidade com o usuário e também por ser multiprofissional, e permitem que seja ampliada a compreensão sobre o processo saúde/doença de cada caso acompanhado, beneficiando assim o usuário.

A Estratégia é realizada por meio das Equipes de Saúde da Família (EqSF's) que é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que se tornam referência para um número de 600 a 1000 famílias, circunscritas no território específico da Unidade de Saúde da Família. A EqSF pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. Os objetivos da ESF são a humanização das práticas de saúde, o estreitamento das relações entre os trabalhadores da saúde e entre os profissionais e a comunidade, a democratização na socialização dos fatores que constituem o processo saúde-doença, o estímulo na participação da população no controle social dos serviços de saúde, a família como foco da intervenção, a realização das ações educativas de promoção e prevenção, além da assistência curativa e reabilitadora (BRASIL, 2006).

Segundo Lancman & Barros (2011) as EqSF devem estar comprometidas em cuidar da saúde de famílias de forma humanizada, dando prioridade a constituição de vínculos,

fundamental ao desenvolvimento do trabalho; auxiliar no fortalecimento dos processos de descentralização dos serviços e das ações de saúde; democratizar o acesso aos serviços, a informação e a participação nos processos de construção da saúde; fomentar o direito a saúde como um direito de cidadania; trabalhar de forma integrada com a comunidade e fortalecer as ações intersetoriais com vistas à oferta de ações resolutivas. Neste sentido, considerando as diversas demandas e necessidades de saúde de uma comunidade e visando também a atenção integral em saúde aos indivíduos, vê-se que apenas a equipe preconizada para a ESF não consiga atender determinadas situações das quais emergem uma atenção especializada. Malfitano & Ferreira (2011) explicitam que a ESF, em seu crescimento e progressivo uso como estratégias da política brasileira de saúde para promoção e reorganização da atenção básica têm trazido o questionamento sobre os tipos de atendimentos que podem ser e são realizados, bem como as possibilidades e os limites de ampliação da demanda e atenção a todos os grupos populacionais presentes no território em que está inserido.

Dentro desta perspectiva, a fim de ampliar o acesso à assistência oferecida pela ESF, o Ministério da Saúde aprovou em 2008 a Portaria número 154, que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de expandir a abrangência e o escopo das ações da APS, aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009). Os NASFs se configuram como equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada com as equipes de EqSF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

O NASF é uma estratégia inovadora que objetiva apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de EqSF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais das EqSF e entre sua própria equipe constituída (NASF), incluindo em sua atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Estruturalmente, os NASFs podem ser classificados em NASF1, NASF2 e NASF3. Segundo a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde abriu a

possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. Anterior a esta portaria, existiam somente as categorias 1 e 2 dos NASF. Cada modalidade de NASF comporta um número específico de profissionais, carga horária, e um número de EqSF, as quais pode estar vinculado. O quadro abaixo apresenta essa configuração:

Quadro 1- Configuração dos NASF

Modalidade	Número de equipes vinculadas	Somatório da carga horária dos profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal;

**Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial*

Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php

Cabe aqui ressaltar que o NASF não se configura como porta de entrada do sistema de saúde aos indivíduos, e sim como apoio especializado às EqSF. Os NASFs preconizam a inserção das seguintes áreas estratégicas de intervenção: Atividade Física/Práticas Corporais, Práticas Integrativas e Complementares (Acupuntura e Homeopatia), Reabilitação, Alimentação e Nutrição, Saúde Mental, Serviço Social, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008). Segundo a nova Portaria, poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduação diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012).

Os profissionais do NASF trabalham na lógica do apoio matricial. O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” (BRASIL, 2009).

A equipe de referência pode ser definida como um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro desta lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto - problema de saúde - buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que atuando com diversos modos de intervenção (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

O apoio matricial deve ser formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (EqSF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as EqSF) (BRASIL, 2009). É importante ressaltar que esses dois dispositivos lidam com o sistema de referência e contra referência, no trânsito entre os níveis de maior e menor complexidade, e também com a responsabilização do profissional pelo caso do paciente. Essa ideia mexe com a conformação de equipes verticalizadas e gestões centralizadas, na tentativa de se criar processos de trabalho construídos de forma participativa e implicada.

Assim, as duas equipes (de apoio e de referência) juntas devem funcionar como meios indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde. Lado a lado, aposta-se que promoveriam uma busca ativa na comunidade, criariam vínculos que facilitariam o atendimento, a partir de casos identificados, e do desenvolvimento de projetos terapêuticos (JARDIM, et al, 2008).

O terapeuta ocupacional, como profissional dentro do NASF, é um profissional que tem potência a trabalhar na lógica proposta, pois, na organização dos seus processos de trabalho, deve ter sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de

saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. Desta forma, pensar numa equipe multiprofissional onde existam diferentes profissionais e saberes, possibilita a reflexão sobre como se dá o processo de trabalho do terapeuta ocupacional, com seu saber específico, inserido no contexto de uma equipe.

1.2 Terapia Ocupacional e Atenção Básica: Porquê?

A reabilitação baseada na atividade e a ocupação sempre foram os pressupostos da atuação do Terapeuta Ocupacional. Interessante estudo realizado em São Paulo evidenciou que, durante a gestão 1989/92, com a finalidade de ampliar a assistência das pessoas com transtorno mental e com deficiência e proporcionar o direito ao atendimento integral, houve a ampliação do número de terapeutas ocupacionais na rede de saúde do município, que cresceu de 03 para 241 profissionais de terapia ocupacional, e a grande parte ficou lotada nas Unidades Básicas de Saúde (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

Desde a década de 1990 até hoje muitos estudos foram feitos sobre estratégias de atuação da profissão neste nível de atenção à saúde, sobretudo da pessoa com deficiência, bem como também de abordagens comunitárias e territoriais, da reabilitação baseada na comunidade, relatos e discussões de experiências exitosas da terapia ocupacional e estudos sobre os fundamentos da profissão na APS (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012) o que vem demonstrando uma preocupação dos profissionais e das academias em legitimar cada vez mais o espaço de atuação da profissão neste campo.

A profissão Terapia Ocupacional, pela definição apresentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) é uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. Ademais, um fator que direciona o terapeuta ocupacional como um profissional habilitado para ter sua atuação baseada diretamente na comunidade é que ele, a partir de sua formação, estará preparado tanto para compreender, quanto para intervir nas dificuldades relacionadas a realização de atividades objetivas do cotidiano, como por exemplo podemos citar as

Atividades de Vida Diária (AVDs) e as Atividades de Vida Prática (AVPs). Além disso, temos que considerar o conhecimento e possibilidade de contribuição desse profissional no que se refere a adaptações de ambiente, utensílios e meios de locomoção dos indivíduos que necessitem (NEISTADT, 2008). Cabe ainda ressaltar que terapeutas ocupacionais desenvolvem atividades voltadas para a inserção e reinserção dos indivíduos na sociedade e no mercado de trabalho, o que pode possibilitar a geração de renda para os indivíduos (OLIVER; ALMEIDA, 2007).

Os terapeutas ocupacionais focam suas ações no fazer humano e na observação dos diversos aspectos que compõem a vida dos sujeitos, auxiliando assim na detecção de suas necessidades específicas, avaliação das suas funções e capacidades e na elaboração de estratégias para alcançar os objetivos de saúde pretendidos.

Consideramos, portanto, o terapeuta ocupacional, um elemento importante nas estratégias que atuam diretamente na comunidade, pois, é um profissional capacitado para atuar no cotidiano das pessoas. A Atenção Básica é o nível de atenção à saúde que está mais próximo do cotidiano das pessoas e, neste sentido, é um lugar onde a Terapia Ocupacional pode desenvolver diversas ações que garantam a efetivação os princípios do SUS, da Atenção Básica, e mais especificamente as diretrizes do NASF, espaço conquistado oficialmente pela Terapia Ocupacional na esfera federal das ações em saúde. Sendo assim, torna-se relevante discutir as potencialidades da profissão na Atenção Básica para uma maior compreensão dos rumos que se podem tomar para que se desenvolva e se legitime cada vez mais a profissão neste campo de atuação.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica através de revisão sistemática de literatura.

2.2 Específicos

- Conhecer a realidade da Terapia Ocupacional no âmbito da Atenção Básica baseado na literatura brasileira.

-Discutir as potencialidades desta profissão neste nível de Atenção à saúde.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, pois busca analisar, conhecer e discutir a atuação da terapia Ocupacional no âmbito da Atenção Básica em saúde. Nesse sentido, esse modo de pesquisa possibilitará compreender e interpretar esta atuação profissional de forma a elencar elementos importantes da sua construção e constituição enquanto parte do Sistema de Saúde brasileiro.

Segundo Denzin & Lincoln (2006):

[...] a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. essas práticas modificam o mundo em uma série de representações, incluindo notas de campo, as entrevistas, as conversas as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (p.3)

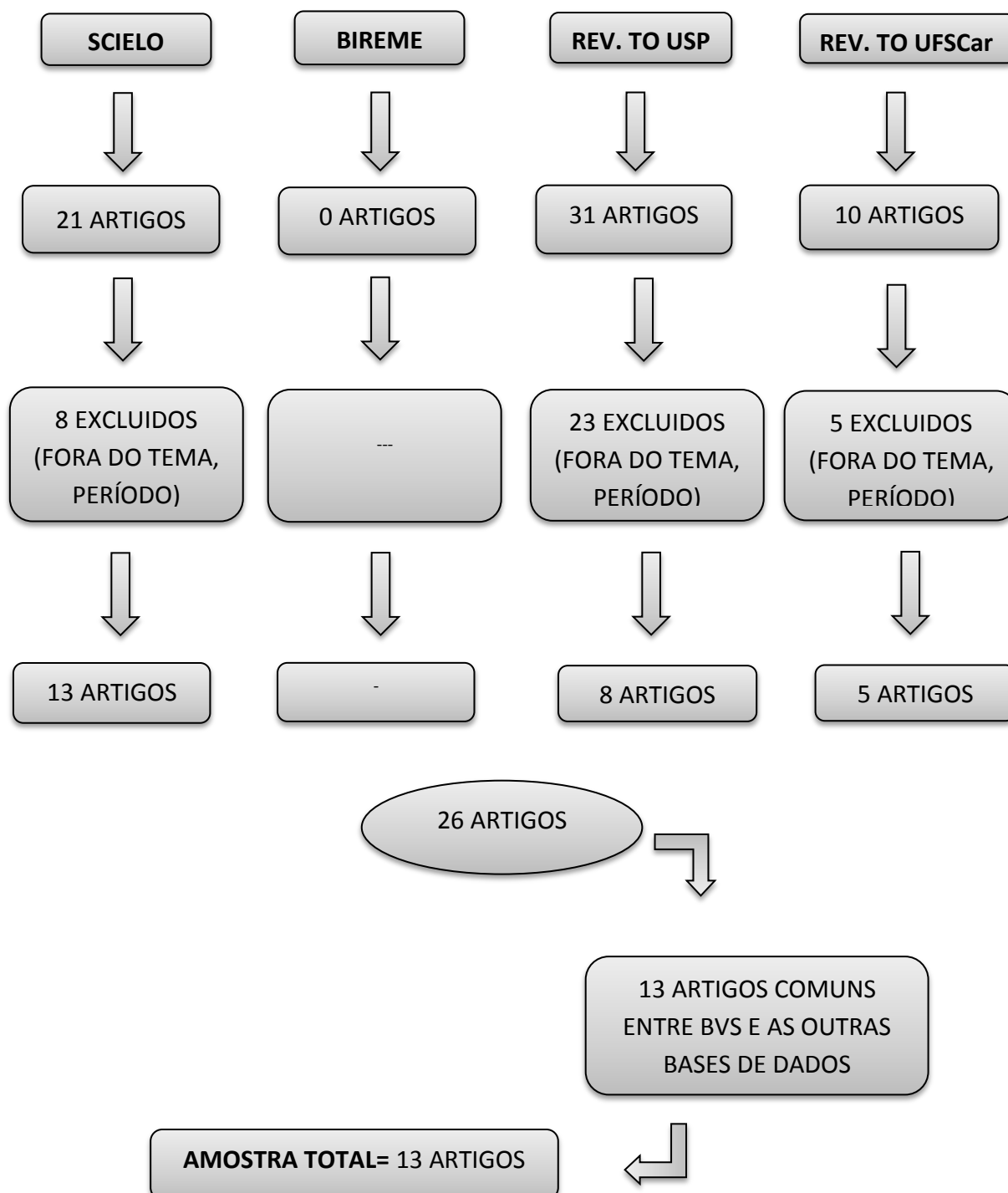
Baseado na ideia dos autores acima citados, este estudo foi, interpretativo, pois buscou em fontes de dados científicos, artigos pertinentes ao tema da Terapia Ocupacional e da Atenção Básica em saúde. Neste sentido, então, se caracteriza por ser de caráter exploratório. O método utilizado foi o de revisão de literatura. Segundo Turato (2005) a revisão narrativa de literatura é um estudo de levantamento de trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, equivalente à revisão sistemática de literatura (usual em abordagens quanti) fazendo parte de seu processo a discussão de vários trabalhos conduzidos no rigor metodológico, incluindo análise de conteúdo do material examinado e selecionado.

Marconi & Lakatos (2005) enfatizam que a pesquisa bibliográfica, ou seja, a revisão de literatura não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões que podem ser inovadoras. Neste sentido, a revisão de literatura se configura como uma estratégia importante no sentido de que auxilia futuros pesquisadores do tema

em questão para facilitar o acesso às fontes relacionadas para a produção dos dados a fim de possibilitar uma compreensão mais ampla do assunto.

Para alcançar os objetivos deste estudo, foi realizada uma pesquisa no mês de abril do ano de 2014, utilizando as bases de dados BVS (Biblioteca virtual em saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), e as revistas de Terapia Ocupacional da USP e da UFSCar, com os descritores: *Terapia Ocupacional* e *Atenção Primária à saúde*. Foram incluídos artigos nacionais em língua portuguesa, publicados no período de 2008 a 2013, e, através de leitura prévia, selecionados os que trazem a abordagem da atuação da Terapia Ocupacional no âmbito da Atenção Primária. Foram encontrados na BVS, depois de realizado um filtro sobre os dados, nas características de texto completo, idioma em português e ano de publicação de 2008 a 2013, vinte e um artigos, dos quais foram selecionados treze. Na base SCIELO, utilizando os descritores mencionados, não foi encontrado nenhum artigo. Na Revista de Terapia Ocupacional da USP, foram encontrados trinta e um artigos, e selecionados, com base nos critérios, oito artigos. Na Revista de Terapia Ocupacional da UFSCar, foram encontrados dez artigos, e selecionados cinco. Ao todo foram encontrados, com base nos critérios, 26 artigos. Os artigos encontrados na BVS são os mesmos referentes encontrados nas Revistas de Terapia Ocupacional da USP e da UFSCar. A figura 1 representa didaticamente, a busca realizada.

Os dados foram analisados pela técnica de *análise de conteúdo*. Para Bardin (1979), citada por Minayo (2008), a análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Desta forma, então, os dados foram organizados em tabela, categorizados e analisados e interpretados segundo o seu conteúdo em consonância com os objetivos do presente estudo, permitindo também tornar válidas e replicáveis as inferências sobre os dados encontrados (Minayo, 2008).

Figura 1 – fluxograma da busca bibliográfica

Descritores utilizados: Atenção Primária à Saúde e Terapia Ocupacional. **Critérios:** artigos científicos completos, período 2008 a 2013, nacionais em língua portuguesa, abordagem da atuação da Terapia Ocupacional no contexto da Atenção Primária.

A partir da leitura dos artigos selecionados, foram elencados os temas mais recorrentes em relação às ações da Terapia Ocupacional, no que tange aspectos práticos da profissão, que foram rastreados dentro do conteúdo de cada artigo. Visando selecionar elementos do *que* a Terapia Ocupacional faz na APS, do *como* ela faz, e *para que* faz, o objetivo de suas ações. Sendo assim foram criadas duas categorias para o desenvolvimento do conteúdo, sendo elas: *Caracterização da atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica e suas potencialidades*; *A Terapia Ocupacional e os princípios da Atenção Básica: ênfase para integralidade da atenção*. A primeira baseado nos elementos do *que* faz e do *como* atua a profissão neste contexto, e a segunda baseado no *para que* são suas ações. Neste sentido buscamos, em seguida, apresentar e discutir estas categorias baseado em nossa análise dos achados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados compreendem em sua maioria relatos de experiência (ROCHA; KRETZER, 2009; PIMENTEL; COSTA; SOUZA, 2011; CORTÊS; GONTIJO; ALVES, 2011; REIS; GOMES; AOKI, 2012; BAISSI; MAXTA, 2013), posteriormente, três estudos de caso (JARDIM et al., 2008; FERREIRA; OLIVER, 2010; ANTUNES; ROCHA, 2011) , duas revisões, uma documental e uma de literatura (LANCMAN; BARROS, 2011; CARRASCO-BASSI; MALFITANO; BIANCHI, 2012), uma comunicação livre e um ensaio (SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012) e um estudo misto, que utiliza revisão de literatura e experiência prática na sua composição (ROCHA; SOUZA, 2011).

Abaixo, segue um quadro apresentando dados mencionados e, posteriormente, a discussão das categorias.

Quadro 2 – Dados do estudo (continua)

Nº	Autor	Título	Ano	Síntese	Base de dados	Dados da revista
1	JARDIM et al.	A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo	2008	Discorre sobre a terapia ocupacional na ESF e apresenta um relato sobre características da atuação de quatro profissionais num município da zona norte de São Paulo.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 19, n. 3, p. 167-175, set./dez. 2008.
2	ROCHA, & KRETZER.	Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente-período 2000/2006.	2009	Descreve a implantação das ações de reabilitação na Estratégia da Saúde da Família da Região de Sapopemba/Vila Prudente – SP, elencando os desafios, o perfil da população atendida e as modalidades assistenciais desenvolvidas.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 20, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.
3	FERREIRA & OLIVER	A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas	2010	Discute a importância das relações de convivência das pessoas com deficiência e da atenção domiciliar como estratégia que possibilita o conhecimento e ampliação destas relações.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010.
4	PIMENTEL, COSTA & SOUZA.	Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática.	2011	Relata a experiência de estágio de Terapia Ocupacional na Atenção Básica desenvolvida no Curso de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, na Bahia.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 22, n. 2, p. 110-116, maio/ago. 2011.
5	ROCHA & SOUZA	Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios.	2011	Apresenta reflexões para consolidar ações que a Terapia Ocupacional pode desenvolver na Atenção Primária em Saúde no campo da reabilitação de pessoas com deficiências. Baseada em revisão bibliográfica da literatura e em experiências práticas.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011
6	LANCMAN & BARROS	Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces	2011	Contextualiza a implantação dos NASF e reflete sobre a inserção e atuação do terapeuta ocupacional nas equipes, discutindo aspectos da organização e dos processos de trabalho dentro desta realidade.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011

Quadro 2 – Dados do estudo (continuação)

7	ANTUNES, & ROCHA.	Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da saúde da família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006	2011	Discute as características, as contribuições, os limites e os modos de operar da Terapia Ocupacional na assistência das pessoas com deficiência na atenção primária à saúde, a partir da análise qualitativa de realizadas com três terapeutas ocupacionais, doze profissionais com outras formações e quatro usuários de um serviço em São Paulo.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 22, n. 3, p. 270-278, set./dez. 2011.
8	CÔRTEZ, GONTIJO & ALVES.	Ações da Terapia Ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa	2011	Descreve e analisa a intervenção terapêutica ocupacional na prevenção da violência com adolescentes e verifica o potencial dos recursos na promoção de estratégias de enfrentamento ao fenômeno.	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	v. 22, n. 3 p. 208-215, set./dez. 2011.
9	SOUZA, AYRES, & MARCONDES.	Metodologia de apoio matricial: interfaces entre a terapia ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde.	2012	Discute o apoio matricial como ferramenta de transformação dos modos de organização na saúde, especificamente na atenção primária, reflete sobre a crescente atuação do terapeuta ocupacional nas equipes de matriciamento desde a criação dos NASF, e reflete sobre os desafios do trabalho inerentes a eles.	<i>Cad. Ter. Ocup. UFSCar</i>	v. 20, n. 3, p. 363-368, 2012
10	ROCHA, PAIVA & OLIVEIRA	Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias	2012	Reflete sobre a fundamentação e instrumentalização da terapia ocupacional na atenção primária quanto as suas atribuições, ações e tecnologias.	<i>Cad. Ter. Ocup. UFSCar</i>	v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012
11	REIS, GOMES & AOKI	Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas	2012	Reflete sobre aspectos relacionados às populações atendidas pela Terapia Ocupacional na APS, discutindo sobre as linhas de cuidado, as condições da população assistida, a prática generalista do TO e a inserção em equipes interdisciplinares.	<i>Cad. Ter. Ocup. UFSCar</i>	v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012

Quadro 2 – Dados do estudo (continuação)

12	CARRASCO- CARRASCO- BASSI, MALFITANO & BIANCHI.	O Terapeuta Ocupacional na Atenção Básica em Saúde: a representatividade em revistas e nos congressos brasileiros da área	2012	Apresenta um mapeamento da discussão da terapia ocupacional acerca de sua intervenção no contexto da atenção básica, elegendo para tal os dois periódicos nacionais de maior circulação entre os terapeutas ocupacionais, assim como o fórum nacional de maior importância para a categoria: os congressos brasileiros de Terapia Ocupacional.	<i>Cad. Ter. Ocup. UFSCar</i>	v. 20, n. 3, p. 443- 454, 2012
13	BAISSI & MAXTA.	Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde	2013	Relata uma experiência de estudantes de graduação num serviço de terapia ocupacional vinculado a uma UBS em São Paulo, focado no cuidado familiar como percurso terapêutico.	<i>Cad. Ter. Ocup. UFSCar</i>	v. 21, n. 2, p. 413- 422, 2013

4.1 Caracterização da atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica e suas potencialidades.

As ações da Terapia Ocupacional na Atenção Básica se configuram as mais diversas, considerando a complexidade das demandas encontradas no contexto da Atenção Primária. Os achados apresentam a realidade da cidade de São Paulo e outros municípios como Belo Horizonte/MG, Camaragibe/PE e Sobral/CE, onde a Terapia Ocupacional já está inserida na Atenção Primária, desde alguns anos antes da publicação da portaria nº 154 de 2008, que cria os NASF (ANTUNES; ROCHA, 2006; ROCHA; KRETZER, 2009; ROCHA; SOUZA, 2011; REIS; GOMES; AOKI, 2012; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012), demonstrando ações voltadas principalmente à pessoas com deficiências e incapacidades.

Rocha, Paiva & Oliveira (2012) discorrem sobre as atribuições, ações e tecnologias da terapia ocupacional na APS, e realizam uma divisão bastante pertinente, na qual nos baseamos, de ações compartilhadas com outros profissionais e de ações específicas da profissão. Na Atenção Primária, como em outros níveis assistenciais, o terapeuta ocupacional não se configura como um profissional isolado, ele compõe equipes e, por esta característica, ações deste profissional muitas vezes se moldam em ações comuns a outros profissionais, tais como referem alguns autores (ROCHA; KRETZER, 2009; LANCMAN; BARROS, 2011; ROCHA; SOUZA, 2011; ANTUNES; ROCHA, 2011; REIS; GOMES; AOKI, 2012; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; SOUZA, AYRES, & MARCONDES 2012). Podem ser ações compartilhadas o atendimento, de paciente ou de grupos, compartilhado, ações educativas, formação continuada, reuniões técnicas, ações administrativas (relatórios e preenchimento de prontuários, p.ex.), planejamento de atividades, articulações intersetoriais, suporte técnico-pedagógico, estudo do território e identificação de necessidades, promoção da saúde e prevenção de agravos, dentre outras.

Em relação às ações mais específicas da Terapia Ocupacional, os autores trouxeram diversas formas de atuação, algumas, de fato, semelhantes. Sendo assim, vale ressaltar que dadas ações se adaptam às necessidades do território, das demandas que emergem em cada contexto onde se insere o serviço, tal como orienta a própria PNAB (BRASIL, 2006) e consequentemente também documentos relacionados, publicados posteriormente (BRASIL, 2009). Seguindo essa compreensão, Rocha, Paiva e Oliveira (2012) enfatizam também que:

No campo da intervenção terapêutica ocupacional na APS é importante ressaltar que ela deverá ser pautada pelas demandas existentes no território, não pelas patologias ou ciclos de vida, deve considerar a necessidade de ações de reabilitação, de intervenção junto às pessoas em sofrimento psíquico e na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano, ponderando também as necessidades de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade ou adoecimento, acamadas, restritas ao domicílio e com alterações nas suas capacidades funcionais. Os casos sob os cuidados da terapia ocupacional são de sua responsabilidade e das equipes de Saúde da Família conjuntamente (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012 p.357).

Ações várias foram identificadas nos achados, em diferentes formatos. Autores trouxeram a sua experiência por meio de relatos (JARDIM et. Al, 2008; ROCHA; KRETZER, 2009; FERREIRA; OLIVER, 2010; PIMENTEL; COSTA; SOUZA, 2011; ANTUNES; ROCHA, 2011; CORTÊS; GONTIJO; ALVES, 2011; REIS; GOMES ; AOKI, 2012; BAISSI; MAXTA, 2013) ou discutiram a terapia ocupacional no contexto da Atenção Primária com base em revisões (ROCHA; SOUZA, 2011; LACMAN; BARROS, 2011; SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; CARRASCO-BASSI, MALFITANO; BIANCHI, 2012), que nos possibilitou realizar aqui a identificação e a junção destas ações a fim de sintetizá-las para obter um levantamento geral desta realidade de acordo com a literatura publicada no período deste estudo. Nestes termos, foram elencadas algumas ações, a saber: uso de técnicas terapêuticas destinadas à população com deficiências e incapacidades, acamados, como manipulação corporal, adequação postural, habilidades em transferências posturais, trabalhos corporais diversos, comunicação alternativa e/ou suplementar, confecção de órteses e criação de adaptações simples e de baixo custo, prescrição de cadeira de rodas, estimulação de bebês e crianças em risco ou com alterações no desenvolvimento, uso de técnicas grupais, jogos e atividades expressivas, atendimento individual e em grupo, domiciliar, definição de objetivos e metas com o paciente/familiar, desenvolvimento de atividades cotidianas (alimentação, higiene p. ex.) vinculadas às necessidades apresentadas por dado paciente, com a utilização de instrumentos e recursos provenientes do território, orientação em relação ao autocuidado, posicionamento no leito, suporte emocional, organização da rotina familiar, apoio às equipes e comunidades em temas relacionados ao desempenho funcional nas atividades da vida cotidiana, participação, independência e autonomia, condução de discussões sobre o que é deficiência e incapacidades, possibilidades de intervenção no

domicílio, na comunidade, desenvolvimento de PTS, suporte em problemas de ordem relacional, participação social, inclusão escolar, dentre outros. (JARDIM et al., 2008; ROCHA; KRETZER, 2009; FERREIRA; OLIVER, 2010; ANTUNES; ROCHA, 2011; LANCMAN; BARROS, 2011; ROCHA; SOUZA, 2011; CORTÊS; GONTIJO; ALVES, 2011; PIMENTEL; COSTA; SOUZA, 2011; SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; BAISSI; MAXTA, 2013).

Quadro 3 – Principais ações identificadas

<ul style="list-style-type: none"> - manipulação corporal; - adequação postural; - habilidades em transferências posturais; - trabalhos corporais diversos; - desenvolvimento de comunicação alternativa e/ou suplementar; - confecção de órteses e criação de adaptações simples e de baixo custo; - prescrição de cadeira de rodas; - estimulação de bebês e crianças em risco ou com alterações no desenvolvimento; - uso de técnicas grupais, jogos e atividades expressivas; - atendimento individual e em grupo, domiciliar; - definição de objetivos e metas com o paciente/familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolvimento de atividades cotidianas (alimentação, higiene p. ex.); - orientação em relação ao autocuidado, posicionamento no leito; - suporte emocional; - organização da rotina familiar; - apoio às equipes e comunidades em temas relacionados ao desempenho funcional nas atividades da vida cotidiana, participação, independência e autonomia; - condução de discussões sobre o que é deficiência e incapacidades, possibilidades de intervenção no domicílio e na comunidade; - desenvolvimento de PTS; - suporte em problemas de ordem relacional, participação social; - inclusão escolar;
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A maioria dos artigos (JARDIM et al., 2008; ROCHA; SOUZA, 2011; LACMAN; BARROS, 2011; SOUZA; AYRES; MARCONDES, 2012; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; CARRASCO-BASSI; MALFITANO; BIANCHI, 2012; REIS; GOMES; AOKI, 2012; BAISSI; MAXTA, 2013), citam de alguma forma o NASF, seja apenas compondo a introdução do estudo ou mesmo discutindo sua relação com a terapia ocupacional, o que evidencia a importância deste novo molde de atenção à saúde e a preocupação dos profissionais em legitimar a profissão neste espaço de atuação.

Uma quantidade considerável de autores (JARDIM et al., 2008; ROCHA; KRETZER, 2009; FERREIRA; OLIVER, 2010; PIMENTEL; COSTA; SOUZA, 2011; ROCHA; SOUZA, 2011; ANTUNES; ROCHA, 2011) trouxeram em seus estudos aspectos

que se relacionam a atuação ligada à pessoas com deficiência física, demonstrando que este é um campo onde o terapeuta ocupacional é um dos principais profissionais que atende a esta demanda no campo da atenção primária. Rocha & Souza (2011) trazem que ainda poucas possibilidades assistenciais são oferecidas a população com deficiência, pois tradicionalmente esta é uma população que busca serviços especializados, e na APS não têm uma assistência corriqueira, seja porque muitos profissionais e usuários evidenciam estranhamento com este convívio, quer pelo despreparo técnico das equipes, ou pela ausência de profissionais de reabilitação inseridos neste serviço, que poderiam facilitar esta abordagem. O terapeuta ocupacional é, então, um profissional que possibilita a ampliação do acesso à população com deficiência na APS.

Caldeira (2009) enfatiza também que no contexto da APS, as intervenções do terapeuta ocupacional são, comumente, direcionadas às pessoas com deficiência, mas também às pessoas com sofrimento psíquico e abordam as suas atividades cotidianas, as relações interpessoais e a participação social. O uso da atividade como prática nos processos terapêuticos ocupacionais, é condicionado e direcionado pelas necessidades da pessoa, pelos projetos de vida, pelos materiais e recursos da pessoa e pelo vínculo dos usuários com o profissional. Esta compreensão nos coloca diante de uma verdade, que é a de que essas duas populações, comumente atendidas pela terapia ocupacional, pode demandar também a atuação de outros profissionais, não sendo o terapeuta o principal ator nesse cenário, assim como também pode estar inserido em outros contextos além destes dois citados. Reis, Gomes e Aoki (2012) colocam que essa restrição de população alvo, chega a ser um equívoco, diante da diversidade de populações e contextos que compreendem um território.

Segundo o estudo de Jardim et.al (2008), num município da Zona Norte de São Paulo, a atuação do TO se insere em demandas de crianças (atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, transtorno e déficit de atenção e hiperatividade, encefalopatias e bebês de risco), jovens (sequelas motoras, distúrbios de aprendizagem, quadros neurológicos e ortopédicos), adultos (Acidente Vascular Encefálico/AVE e amputados), mulheres (dores incapacitantes, quadros ortopédicos e quadros reumáticos) e idosos (AVE e senilidade), demonstrando que a atuação do terapeuta ocupacional não se restringe a uma demanda específica, mas se adequa a diversidade de demandas encontradas na Atenção Primária.

Embora a portaria do NASF preconize que a atuação da terapia ocupacional seja direcionada a ações de saúde mental, a profissão tem potencialidade de atuação nos mais diversos contextos. Rocha, Paiva & Oliveira (2012) enfatizam que a profissão pode desenvolver ações em outras áreas definidas como estratégicas pelo MS para o NASF, como na saúde da criança e do jovem, na reabilitação e saúde integral da pessoa com deficiência e idosa, na saúde da mulher, em práticas corporais, além de outras atividades e ações desenvolvidas na APS.

Acreditamos que há a necessidade de o profissional terapeuta ocupacional inserido na APS, ser um profissional generalista, assim como discutem Reis, Gomes e Aoki (2012) sobre uma prática que não reduza a experiência do cuidado apenas na doença, ampliando sua atuação no que tange também a prevenção e a promoção da saúde, como por exemplo, pela inserção em grupos de educação em saúde de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes. Isso tudo é importante para que se compreenda que a assistência especializada do terapeuta ocupacional na APS, não se confunda com a assistência especializada em outros níveis de atenção, até mesmo porque os recursos terapêuticos na APS advém, principalmente, da própria comunidade.

Discutir a atuação profissional nos moldes do NASF se caracteriza por adequar-se às diretrizes deste dispositivo, relacionando o que é do escopo de atuação específica da terapia ocupacional com o que é preconizado nos documentos (BRASIL, 2009) que orientam o que compõe as ações e os objetivos do NASF. Ser retaguarda especializada compreende uma atuação voltada a uma situação, objetivamente, pois, sendo o terapeuta ocupacional um profissional que carrega um saber específico, logo este saber será apoio em situações que demandarem a sua atuação, assim como cada profissional de uma equipe NASF e, muitas vezes, estes saberes integrados contribuem mais e melhor para determinada situação ou contexto. Essa ideia norteia a criação do NASF, que veio para ampliar o escopo de atuação em vista da concretização do cuidado integral, a partir da melhor qualidade e complementaridade das ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde e a organização e coordenação da rede de cuidados, por meio do acompanhamento longitudinal dos usuários, aumentando a resolutividade e diminuindo os encaminhamentos a outros níveis de atenção (BRASIL, 2008, 2009).

Considerando a integralidade como um dos princípios do SUS, e um dos principais focos da atuação dos serviços da atenção primária, discutiremos ainda alguns aspectos

deste ponto, que foi recorrentemente citado nos achados deste estudo.

4.2 Terapia ocupacional e os princípios da Atenção Básica: ênfase para a integralidade da atenção.

A PNAB considera fundamental que a Atenção Básica se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Para o profissional terapeuta ocupacional inserido neste contexto, ou qualquer outro profissional, contribuir, dentro do seu âmbito de atuação, para e concretização destes princípios constitui-se um desafio permanente. O acesso de todas as pessoas sem distinção e um cuidado contínuo, a relação dos usuários e dos profissionais, que se dá pelo vínculo e a responsabilização do cuidado, e dos usuários com o serviço como forma de participação na efetivação da melhoria do cuidado, também a integralidade da atenção como uma grande meta a ser trabalhada, são alguns dos desafios que compõe a complexidade que é a Atenção Básica. A concretização destes princípios depende também, muitas vezes, da postura ativa do profissional. A construção do vínculo, a continuidade do cuidado, a responsabilização, a humanização, e a integralidade, são características que se constroem também pela atuação profissional.

A integralidade é, sobretudo, um dos princípios norteadores do SUS, definido constitucionalmente. Mattos (2004) explana que mais do que isso, o termo tem se tornado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de direcionar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas nele realizadas. Ainda o mesmo autor, reflete sobre os sentidos que a integralidade pode abranger, elencando três conjuntos de sentido, um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a problemas específicos de saúde, significando a articulação de ações de alcance preventivo com as assistenciais, um segundo sentido relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e, um terceiro, voltado para atributos das práticas de saúde, sendo este último o que mais se adequa a nossa discussão neste trabalho.

O termo “integralidade” apareceu frequentemente nos textos desta pesquisa, por vezes trazido na introdução dos artigos que em geral tratam de APS e sua configuração atual, e por outras vezes, sendo citado como o fim das ações terapêuticas. A portaria

número 154 de 2008, que cria os NASF, em artigo segundo, parágrafo terceiro, enfatiza que “Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF.” (BRASIL, 2008 p.2). Neste sentido vemos, portanto, que a integralidade é um foco importante, demonstrado na elaboração das políticas e documentos que norteiam o desenvolvimento do SUS, sobretudo na Atenção Primária, e também de um esforço dos profissionais do campo em legitimar suas práticas como práticas que atuam para contribuir com esta lógica, sobretudo, neste estudo, os terapeutas ocupacionais.

As diretrizes do NASF enfatizam ainda que a integralidade pode ser considerada sua principal diretriz de prática, e pode ser compreendida em três sentidos: o primeiro, diz que a abordagem integral do indivíduo se relaciona ao seu contexto social, familiar e cultural e com garantia do cuidado longitudinal, o segundo dá ênfase a que as práticas de saúde sejam organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e, o terceiro sentido, se relaciona a organização do sistema de saúde que garanta o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009). A relação destes sentidos nos mostra que a integralidade permeia uma relação que abrange a assistência num âmbito que busca certa “completude”, no que tange as necessidades do sujeito, que se evidenciam no seu contexto individual até às ações organizadas em prol dele, e também nos termos da estruturação das redes de atenção que são a forma hierarquizada de suprir as diferentes demandas de saúde.

Em contrapartida, as diretrizes do NASF, nos cadernos da Atenção Básica trazem que ainda é necessária uma modificação profunda nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho ainda vigentes, para que a atenção integral de fato se efetive.

“A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca de outras possibilidades, ou seja, a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas em saúde e como elemento da construção de políticas especiais. Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de saúde, é notória a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de saúde, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. Assim, a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras. Outro conjunto

de sentidos para a integralidade está baseado na importância de organizar as práticas dos serviços de saúde de forma orientada pelas necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a integralidade também sinaliza para a construção das políticas governamentais de enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, que subentende a captação das várias nuances que envolvem a atenção à saúde.” (BRASIL, 2009 p. 17).

Dessa forma, a integralidade é compreendida como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas, e a sua busca nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Neste contexto os profissionais devem, em equipe, objetivar a integralidade da assistência, atuando em vista da resolutividade, da qualidade do cuidado, de ações de prevenção, promoção, reabilitação da saúde, da humanização dos serviços, educação permanente e da organização territorial dos serviços (BRASIL, 2009).

Embora citem a integralidade, em geral, como o fim de suas ações, os autores dos achados pouco ou nunca discutem esta compreensão do que é esta ideia que permeia os seus discursos, à exceção de Antunes & Rocha (2011). A integralidade na prática, ainda na perspectiva de Mattos (2004) se configura como uma compreensão ampliada das necessidades dos sujeitos e a habilidade do reconhecer a adequação da oferta de cuidado que seja condizente com a situação na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde ou com o profissional. É deste encontro com a equipe de saúde que esta necessidade de saúde, defronte às diferentes áreas de conhecimento de uma equipe, deverá se adequar àquilo que melhor lhe cabe. Partindo desta compreensão, é importante ressaltar o papel da equipe de saúde, quando esta atua de forma integrada e dialogada, para que cada profissional que a compõe, contribua como seu conhecimento específico para a necessidade de saúde dos indivíduos, construindo práticas em busca desta a integralidade.

Antunes & Rocha (2011) ressaltam que a contribuição da Terapia Ocupacional para a integralidade é atribuída a sua formação acadêmica, pois os terapeutas ocupacionais focam suas ações no fazer humano e na observação dos diferentes aspectos que compõem a vida dos sujeitos, auxiliando assim na detecção das necessidades específicas e na elaboração de estratégias para alcançar os objetivos de saúde pretendidos. Esta afirmação concorda com a reflexão de Mattos (2004) que diz que a oferta de ações deve estar

sintonizada com o contexto específico de cada encontro, e devem, também, considerar primeiramente aquilo que é imediato e o que se pode ter como estratégia para o futuro. Essa perspectiva vai para além da compreensão do que é a doença e do sofrimento que ela provoca, caracterizando-se por ser intersubjetiva, que considera sujeitos e não objetos sendo, portanto, necessário levar em conta os modos de vida dos indivíduos para construir, a partir dos diálogos com outro, projetos terapêuticos individualizados.

As ações e potenciais ações demonstradas anteriormente mostram que a Terapia Ocupacional carrega em sua forma de atuar, elementos importantes no que tange a relação com a integralidade, pois, abarcam os mais diversos modos em relação às diferentes necessidades dos indivíduos. Essas diferentes necessidades, inerentes ao contexto da Atenção Primária, para este profissional, se constituem como um campo rico de ação, no sentido de “cheio de possibilidade” sendo necessário, de sua parte, uma disposição que se habilite a lidar com as complexidades advindas deste campo, que podem muitas vezes se constituir como verdadeiros desafios a serem enfrentados, para que esta “bandeira de luta” que é a integralidade (Mattos, 2004), alcance sua meta, sua “imagem objetivo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, contudo, fazer uma análise geral da Terapia Ocupacional no campo da Atenção Primária à saúde, e discutir a sua atuação e seus potenciais no que concerne este contexto. Considerando a complexidade e a grandiosidade do tema, o nosso estudo se limitou a alguns aspectos, sobretudo a relação com a integralidade da assistência, e buscou também justificar a profissão neste cenário, como uma profissão que compõe uma parcela de contribuição para a concretização da assistência à saúde, nos moldes do que é proposto pelas políticas e diretrizes de saúde brasileiras.

A escolha dos descritores desta pesquisa, por terem sido gerais, talvez possa ter limitado o número de achados, mas de toda forma nos trouxe um conteúdo rico, porém não muito extenso. Foge à nossa consciência saber os vieses desta atitude mas, talvez, o uso de outros termos de pesquisa como por exemplo: terapia ocupacional e comunidade, ou saúde da família, pudesse ter propiciado encontrar outros dados igualmente importantes e que agregariam mais ao estudo. Por meio das publicações selecionadas, vimos uma importante preocupação dos autores em evidenciar cada vez mais a atuação da terapia ocupacional na APS, e de toda forma, percebemos que ainda há a necessidade de mais pesquisas e publicações na área, que sirvam de subsídio para o crescimento da profissão neste âmbito, bem como, para ampliar ainda mais o reconhecimento do seu papel como atuante para a ampliação do cuidado em saúde no SUS na APS.

A relação de aproximação da questão da deficiência física e Terapia Ocupacional, muito expressa nos achados, é uma relação muito positiva, no sentido de que esta população se torna muitas vezes reprimida. A Terapia Ocupacional se coloca como uma meio de ampliação das possibilidades de cuidado, e ainda mais, as características da profissão, de atuar para ampliar também as capacidades, por meio da adaptação de atividades, de recursos, de maneiras de viver, são características que fazem esta relação de aproximação se justificar também como essencial, nos moldes atuais do SUS.

De toda forma, sabe-se da importância deste profissional neste contexto de desafios que é a Atenção Primária e, por isso, torna-se também ainda um desafio para a profissão, ampliar o seu espaço e suas possibilidades e constituir-se cada vez mais como uma profissão que agrega valor qualitativo às propostas abrangentes de saúde do SUS, como também para a população assistida. A atuação da profissão nos NASF tem crescido e demonstrado que a proposta deste dispositivo, que une ações dos diferentes profissionais

numa forma diferenciada de funcionar, como apoio, é uma proposta eficaz, que se une também aos desafios de realizar a interlocução das ações com as diretrizes que norteiam o funcionamento do serviço.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 270-278, set./dez. 2011.

BARDIN, L. **A Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

BAISSI, G.; MAXTA, B. S. B. Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 413-422, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrina e Princípios**. Brasília-DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Diário oficial da União. Brasília, DF, jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27, série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.448 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário oficial da União**. Brasília, DF, out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMINITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23/2, p. 399-407, fev. 2007.

CARRASCO-BASSI, B. G.; MALFITANO, A. P. S.; BIANCHI, P. C. O Terapeuta Ocupacional na Atenção Básica em Saúde: a representatividade em revistas e nos congressos brasileiros da área. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 443-454, 2012.

CÔRTEZ, C.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C. Ações da Terapia Ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3 p. 208-215, set./dez. 2011.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 19-40.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 16, p. 575-625.

HO, D. C.; OLIVER, F. C. Terapia Ocupacional e saúde da pessoa com deficiência na Secretaria Municipal de Saúde: uma discussão sobre dez anos de sua incorporação. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n.3, p. 114-123, set./dez., 2005.

JARDIM, T. A.; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família - evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 167-175, dez. 2008.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315 p.

MATTOS, R. A. A Integralidade na Prática (ou Sobre a Prática da Integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde(o)**. São Paulo: Hucitec 269 p.

NEISTADT, M. E. Introdução à avaliação e entrevista. In: WILLARD & SPACKMAN. **Terapia ocupacional**. 9a. ed., São Paulo: Click Books, 2008.

OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C. Reabilitação baseada na comunidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 125-132.

PIMENTEL, A. M., COSTA, M. T. B., SOUZA, F. R. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 110-116, maio/ago. 2011.

REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

SOUZA, C. C. B. X.; AYRES, S. P.; MARCONDES, E. M. M. Metodologia de apoio matricial: interfaces entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 363-368, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. 2005, vol.39, n.3, pp. 507-514.